

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. le Dr Maurice PÉRAIRE
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FELIX ALCAN, EDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1895

TITRES

1879. — Externe des hôpitaux.

1883. — Interne provisoire.

1884. — Interne titulaire des hôpitaux.

Depuis 1888. — Assistant du professeur F. TERRIER à l'hôpital Bichat.

1889. — Docteur en médecine, membre correspondant de la Société anatomique.

PUBLICATIONS

Des endométrites infectieuses. — Rôle des microorganismes dans la pathogénie des maladies des femmes. — Essai de thérapeutique utérine antiseptique. (*Thèse de doctorat de Paris*, 1889.)

Ce travail est établi d'après des recherches personnelles faites pendant trois ans consécutifs sur les microorganismes de la cavité utérine.

Ces recherches ont été pratiquées sous le contrôle du Dr Chantemesse et du Dr Widal au laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine.

Pour mener à bonne fin ce travail, j'ai examiné les utérus de toutes les malades entrant à l'hôpital Bichat dans le cours de l'année 1887, et de quelques autres dans l'année 1888, les unes et les autres soumises à des injections antiseptiques.

Le mucus utérin normal est limpide, transparent, sans mélange de parties jaunâtres. Pour le recueillir, je me suis servi, soit d'un spéculum, soit d'une valve de Sims. Ces instruments doivent être plongés au préalable dans une solution de bichlorure d'hydrargyre à 1 p. 2000 ou dans l'eau phéniquée faible, avant d'être appliqués. J'ai évité d'employer pour les graisser l'huile ou la vaseline. Ces matières grasses gênent en effet beaucoup l'examen des préparations. A l'aide d'un fil de platine stérilisé, j'ai pris chaque fois un peu du mucus utérin, en faisant pénétrer le plus loin possible le fil de platine, après avoir évité de toucher aux parois vaginales préalablement désinfectées au moyen d'injections antiseptiques.

D'autres fois, je suis allé directement chercher le mucus utérin au fond de la matrice, au moyen d'une longue pipette de verre

stérilisée, ou bien sur les laminaires et les éponges placées la veille dans la cavité utérine.

J'ai ensemencé des tubes, moitié gélatine-peptone, moitié agar, moitié gélose glycérinée. Les tubes d'agar ont été mis à l'étuve (37°), ceux de gélatine laissés à la température du laboratoire (18-20°).

Dans aucun de ces tubes, il ne s'est développé de culture, lorsque l'asepsie vaginale était bien faite et les utérus sains, à part quelques colonies dont l'aspect caractéristique a fait reconnaître l'aspergillus, introduit accidentellement.

Sur des lamelles faites avec du mucus d'utérus sain, lamelles colorées par simple ou double coloration, je n'ai constaté la présence d'aucun microorganisme.

Sur un utérus enlevé complètement par le Dr Richelot le 10 octobre 1887, utérus en rétroflexion déterminant des accidents douloureux insupportables chez une névropathe, pas de microorganismes non plus. Cet utérus, atteint les années précédentes d'endométrite, avait déjà subi le curettage et l'écouvillonnage. Sa muqueuse s'était reproduite, et aucun écoulement n'existait. Les ensemencements faits dans l'agar et la gélatine-peptone restèrent sans résultat.

Enfin, lorsque après le traitement antiseptique ou le curettage de l'utérus j'ai examiné au moment de leur sortie le mucus utérin des malades entrées à l'hôpital pour des endométrites, du catarrhe cervical, des ulcérations du col, etc., j'ai remarqué une disparition des microorganismes qui au début fourmillaient en quelque sorte dans le liquide utérin. Les cultures restaient aussi muettes, à cette période de guérison.

Donc la cavité utérine, quand elle est saine, ne contient jamais de microbes, et ceux-ci n'existent normalement que dans le vagin et parfois au niveau du col de l'utérus, mais en tout cas ils ont une virulence très atténuée.

Au contraire, quand l'utérus est malade, j'ai montré nettement qu'il existe dans les sécrétions du col ou de la cavité utérine un microbe caractérisé, tantôt par la bactérie banale de la suppuration telle que le staphylococcus aureus ou albus, tantôt par le streptococcus pyogenes puerpéral, d'autres fois par le bacille de Koch, ou bien encore par le gonococcus blennorragique de Neisser.

A ce propos, j'ai fait voir, avec preuves à l'appui, que la sécrétion virulente de la blennorrbagie peut se cantonner au niveau

de la cavité cervicale, alors qu'elle a disparu ou même n'a jamais existé dans le vagin. Ces cas expliqueraient facilement les exemples fréquents où un individu paraît avoir contracté une blennorragie véritable avec une femme saine en apparence, si l'on ne prend pas le soin d'examiner spécialement ses sécrétions utérines. Ce fait présente donc par lui-même le plus grand intérêt.

Outre cela j'ai trouvé des microorganismes spéciaux dans l'utérus malade ; ces microorganismes rentrent dans la catégorie des *cocci* et des *bactéries*.

Mais pour savoir si ces différents microorganismes n'étaient pas vulgaires, jouant un rôle secondaire dans la pathogénie des lésions utérines, j'ai eu recours à l'expérimentation :

Voici comment j'ai procédé :

Après m'être assuré que les microorganismes cultivés dans les tubes et sur plaques conservaient leurs mouvements après examen sur lames creuses, j'ai ensemencé dans du bouillon de veau stérilisé (1[er] tube) de la culture de cocci et dans un deuxième tube de la culture de bactéries. J'ai ensuite placé à l'étuve à 37° ces deux tubes. Le lendemain, ces deux tubes étaient troubles, dans l'un les cocci étaient arrondis, d'un volume inférieur à ceux ensemencés ; dans l'autre, les bactéries étaient trapues, larges, quelques-unes disposées en croissant.

Me servant alors d'un spéculum en verre stérilisé, j'ai injecté dans le vagin d'une lapine A de la culture de cocci au moyen d'un compte-gouttes stérilisé. J'ai placé ensuite dans le vagin de cette lapine un tampon d'ouate hydrophile stérilisée, maintenu par un fil.

Même manœuvre sur une lapine B pour l'injection de la culture de bactéries.

Ces animaux avaient, le lendemain de l'inoculation, de la fièvre, et quatre jours après ces injections, de la vaginite très accentuée. Le liquide vaginal examiné contenait des microcoques et des bactéries courtes, quelques-unes en forme de croissant.

Des tubes d'agar et de gélatine ensemencés avec ce liquide donnaient les mêmes microorganismes.

Sur quatre autres lapines, mêmes résultats. Sur six chiennes, après inoculation intra-utérine tantôt de culture de cocci, tantôt de cultures de bactéries, j'ai obtenu des résultats semblables : fièvre, vulvite, vaginite ; mais disparition de ces phénomènes au bout de dix jours.

Deux fois en scarifiant la muqueuse utérine, j'ai déterminé un peu de congestion de l'organe et un écoulement séro-sanguinolent pendant deux jours; mais pas d'ulcération manifeste, pas de lésion persistante d'endométrite.

La mort est survenue dans un cas par suite de la propagation au péritoine des lésions inflammatoires.

Ces expériences démontrent donc d'une façon irrécusable que les microbes ainsi recueillis dans les sécrétions morbides des femmes malades sont bien des microbes pathogènes, et qu'ils sont les véritables agents de l'inflammation utérine, puisqu'ils disparaissent en même temps que les symptômes morbides par le fait d'un traitement approprié.

J'ai trouvé dans les coupes utérines provenant du col utérin réséqué dans les cas d'endométrite septique ulcéreuse chronique avec hypertrophie du col et ectropion des lèvres, les mêmes microorganismes que ceux observés dans le mucus utérin et dans les cultures du mucus.

Les procédés de coloration dont j'ai le plus souvent usé et qui m'ont donné les meilleurs résultats ont été ceux de Weigert et de Kühne.

J'ai remarqué que les cocci et les bactéries se trouvent le plus souvent dans l'intérieur même des cellules.

Ils remplissent parfois d'une façon complète le protoplasma de celles-ci.

Ils peuvent pénétrer, comme les gonocoques, dans les interstices de l'épithélium de la muqueuse utérine, et déterminer par irritation une accumulation de leucocytes dans lesquels ils se rendent. Par eux, ils peuvent être disséminés dans toutes les couches sous-jacentes à la muqueuse de l'utérus.

La pénétration des microorganismes dans la muqueuse utérine et les couches sous-jacentes, à la muqueuse, explique la résistance des lésions utérines à tous les traitements palliatifs dirigés naguère contre celles-ci.

Les microbes amènent la nécrose des cellules épithéliales. Leur chute et le catarrhe purulent consécutif sont la conséquence de cette action.

On voit donc d'après cet exposé que ces microorganismes, que je n'ai jamais trouvés dans les utérus sains, ont des caractères morphologiques et des qualités pathogènes qui permettent de leur reconnaître un caractère spécifique.

Quelle que soit leur forme, atténuée ou vivace, ils sont reproductibles, agissant en vertu de leur multiplication et de leur action sur les tissus.

Mais pour que ces microorganismes produisent l'endométrite, il faut qu'une cause prédisposante ait permis leur entrée à travers le revêtement épithélial de l'organe. Malheureusement pour les femmes, les causes sont nombreuses dans l'utérus ; en effet, en dehors même de l'époque des règles où la muqueuse utérine se dépouille complètement en s'exposant ainsi aux contages extérieurs, les congestions fréquentes que subit l'appareil utéro-ovarien le prédisposent encore à la contagiosité, car elles s'accompagnent chaque fois d'une desquamation épithéliale partielle. D'autre part, dès que le microbe pathogène a pris place dans l'utérus, des conditions spéciales favorisent encore son cantonnement telles que les conditions défectueuses névro-vasculaires de l'organe, l'atonie de sa musculature, la disposition profonde des culs-de-sac glandulaires, et les déviations ou flexions de l'utérus qui empêchent l'existence d'un drainage naturel de sa cavité. Les microbes s'implantent ainsi dans les tissus qui leur fournissent un milieu de culture extrêmement favorable. D'abord superficiels, ils occupent bientôt les couches profondes de l'épithélium dont ils pénètrent le protoplasma cellulaire, envahissent le fond des culs-de-sac glandulaires, et cheminent le long des parois vasculaires jusque dans la musculature de l'organe qu'ils affaiblissent, produisant par stases sanguines l'engorgement utérin. Parfois ils sont résorbés à la surface même de la muqueuse par les membranes lymphatiques qui entourent comme autant de doigts de gant chacune des glandes utriculaires, et, pénétrant jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux, ils développent rapidement les inflammations périmétritiques qui accompagnent si fréquemment les endométrites ; soit que le germe ait suivi la voie lymphatique, soit qu'il ait cheminé le long de la muqueuse jusque dans la trompe.

C'est la présence des microorganismes qui conduit aux formes diffuses à granulations sessiles développées en groupes, érodées et ulcérées par le catarrhe chronique, ou bien répandues sur toute la muqueuse, semblables à celle de la conjonctivite granuleuse.

Ce sont eux qui conduisent à l'état morbide pulpeux de la couche muqueuse, qui forment les végétations polypeuses répandues sur la muqueuse hyperplasiée ; eux enfin qui constituent

toutes les variétés anatomiques des endométrites dans toutes leurs formes parenchymateuses et interstitielles, dans toutes leurs modifications plastiques sur lesquelles je n'insisterai pas.

Ce qu'il faut retenir, c'est que de purement artificielle l'inflammation microbienne se propage aux couches profondes de la muqueuse et de là au muscle utérin.

C'est ce que j'ai pu constater sur des coupes de cols utérins enlevés par le professeur F. Terrier.

Cette présence des microorganismes dans la partie musculaire de l'utérus donne raison aux auteurs qui avaient fait ressortir la solidarité de toutes les parties constituantes de l'organe dans l'inflammation de celui-ci.

La conclusion qui se dégage de ce travail est que toutes les endométrites sont de nature infectieuse, et qu'il y a lieu de diriger contre elles un traitement antiseptique.

C'est ce traitement que j'ai pris le soin de décrire dans tous ses détails, dans la seconde partie de mon mémoire, en résumant, avec mise au point, les pansements des voies vaginale et utérine.

Pour ce qui est des indications thérapeutiques, j'ai conclu en disant que le traitement par la dilatation simple de la cavité utérine ou par les crayons médicamenteux devait être réservé aux endométrites récentes, aux érosions du pourtour de l'orifice. Mais lorsqu'on voudra agir profondément sur la muqueuse utérine, et sur toute la musculature de l'utérus, lorsqu'on voudra déloger des utricules glandulaires les microorganismes qui y séjournent volontiers comme dans ceux de l'urètre postérieur, ce n'est pas à l'écouvillonnage que l'on aura recours, mais au curettage utérin.

Contre les déchirures du col, l'ectropion de la muqueuse, l'hypertrophie des lèvres, on doit instituer un traitement chirurgical destiné à rendre aux parties leur forme et leur situation normales :

1° L'opération d'Emmet, qui, par l'avivement des lèvres de la déchirure du col utérin, puis la suture des surfaces avivées, diminue le volume du col et lui rend sa forme.

2° L'opération de Schrœder qui, par l'excision de la muqueuse malade faisant ectropion, et le rebroussement en dedans de la face externe du col maintenue en place par la suture, constitue un nouveau canal cervical.

Dans les cas où la guérison ne s'effectuerait pas par ces différents procédés, c'est que l'infection de l'utérus se ferait secondairement par les trompes. Il faudrait alors songer à faire l'ablation des annexes de l'utérus par la laparotomie.

Manuel de petite chirurgie de A. Jamain. (7e édition, par MM. F. Terrier et Péraire, 1 volume, 1892.)

Dans cette nouvelle édition, complètement modifiée et mise au courant de la science actuelle, nous nous sommes efforcés d'exposer les préceptes aujourd'hui classiques des méthodes antiseptique, aseptique et mixte.

De nombreux articles ont été ajoutés à propos du traitement des fractures, du massage, du transport des blessés, du cathétérisme de l'urètre et de l'œsophage, des greffes épidermiques, des sutures, de l'anesthésie locale et générale, etc.

Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicalas. (Par MM. F. Terrier et Péraire, 1 volume, 1893.)

Ce livre contient le manuel opératoire complet de toute l'antisepse et de l'asepsie actuelles.

Il donne les moyens les plus simples destinés à assurer le succès dans la pratique chirurgicale usuelle. Toute digression théorique est écartée.

Il indique la façon d'éviter toute infection avec un outillage simple et facile à se procurer, même à la campagne.

Ces indications sont d'ailleurs, la plupart, appuyées sur des expériences poursuivies notamment dans le service chirurgical de l'hôpital Bichat.

La première partie contient un rapide examen de la méthode de Lister et des modifications que lui ont apportées les chirurgiens qui défendent l'antisepsie.

La seconde partie traite de l'asepsie que le professeur F. Terrier a contribué à faire connaître et à vulgariser en France; dans la troisième partie, on trouve un exposé de la méthode mixte avec toutes les simplifications de procédés qu'elle comporte. L'ouvrage se termine par l'application des principes antiseptiques et aseptiques, à chaque région en particulier.

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale. (Par MM. F. Terrier et Péraire, 1 volume, Paris, 1894.)

Sous ce titre, les divers procédés d'anesthésie, soit locale, soit générale, sont passés en revue. Les tentatives faites par les chirurgiens pour obtenir un résultat satisfaisant par l'usage des agents anesthésiques sont minutieusement exposées.

Chaque mode d'emploi de ces agents est méthodiquement décrit; leurs avantages et leurs dangers sont passés en revue. Enfin on y trouve les moyens employés pour éviter les accidents dus aux anesthésiques et pour remédier à ceux-ci, le cas échéant.

L'opération du trépan, par MM. F. Terrier et M. Péraire. (1 volume, 1895, sous presse, chez F. Alcan.)

Cet ouvrage contient une étude historique complète de tous les instruments employés pour pratiquer cette opération, depuis le silex taillé de l'époque néolithique jusqu'aux scies rotatives démontables et aseptisables usitées aujourd'hui.

Un chapitre spécial est destiné à la topographie cranio-encéphalique, et un autre aux indications et aux contre-indications de la trépanation.

ARTICLES DE JOURNAUX

Fistule uréthro-rectale. Rétrécissement ancien de l'urèthre. Urémie. Cystite chronique. Néphrite interstitielle. (Une observation dans la *France médicale*, 14 avril 1883, t. I, n° 43.)

Tumeur du sillon naso-labial consécutive à une périostite. (Une observation dans la *France médicale*, 17 avril 1883, t. I, n° 44.)

Du mal perforant palmaire. (Extrait des *Archives générales de médecine*, n^{os} de juillet et d'août 1886.)

Dans ce travail, je me suis efforcé de démontrer que le mal perforant palmaire était une lésion ulcéreuse des mains ou des doigts, à marche chronique, dépendant essentiellement d'une névrite soit centrale, soit périphérique.

L'histoire de cette affection, son anatomie pathologique, son étiologie et sa pathogénie, ses symptômes et son diagnostic sont l'objet de chapitres très développés; la plupart des observations ont été prises à l'hôpital Saint-Louis dans le service chirurgical de mon maître le professeur Le Dentu. J'ai montré que le pronostic de cette affection était sans gravité dans le cas de névrite traumatique, mais qu'il devenait sérieux lorsque le malade était atteint de tabes dorsalis ou de mal de Pott. Dans ces cas, en effet, la lésion locale, souvent récidivante, peut compromettre les fonctions du membre supérieur. Il est de plus difficile qu'un traitement quelconque puisse enrayer la marche de l'affection.

Sur un cas de fracture de cuisse au tiers inférieur, avec rupture de l'artère fémorale. (Dans la *Revue de chirurgie*, Paris, 10 février 1889, n° 2, p. 133-142.)

La rareté d'une pareille lésion vasculaire consécutive à une fracture du fémur m'avait engagé à publier cette observation. J'en ai profité pour faire connaître la conduite à tenir en pareil cas, c'est-à-dire l'attente de la consolidation de la fracture avant toute intervention. Grâce à cette expectation, on s'est borné à pratiquer au malade une amputation secondaire de jambe au lieu d'une amputation de cuisse, et la réunion par première intention, dans un moignon solide et bien nourri, en a été la conséquence.

Du mode d'administration du chloroforme à doses faibles et continues. (Dans la *Revue de Chirurgie*, Paris, 1889, p. 394 à 406.)

Ce mode d'anesthésie qui appartient en propre à mon maître le Dr Léon Labbé est minutieusement décrit.

M'appuyant sur une série d'observations suivies de succès, j'ai montré que cette méthode, que j'ai l'habitude d'employer est plus prudente que la méthode sidérative classique, et présente, au point de vue de la sécurité chirurgicale que demande l'opérateur, les plus grands avantages.

J'ajouterai que ce mode de faire a depuis quelque temps un certain nombre de partisans.

Compte rendu du quatrième Congrès de la Société italienne de chirurgie tenu à Gênes le 4 avril 1887. (*Revue de Chirurgie*, Paris, 1887, septième année, t. VII, p. 576-595.)

Compte rendu du Congrès italien de chirurgie tenu à Naples du 26 au 28 mars 1888. (Dans la *Revue de chirurgie*, Paris, 1888, huitième année, 1888, t. VIII, p. 510-517.)

Compte rendu du Congrès italien de chirurgie, tenu à Bologne du 16 au 18 avril 1889. (Dans la *Revue de chirurgie*, 1889.)

De la trachéotomie sur les très jeunes enfants. (*Revue de chirurgie*, Paris, 1890, dixième année, t. X, p. 517-527.)

Ayant eu le bonheur de guérir un enfant de dix mois atteint du croup après lui avoir fait la trachéotomie, j'ai passé en revue dans ce travail les différents succès de trachéotomie obtenus chez les très jeunes enfants, c'est-à-dire chez ceux ne dépassant pas douze mois.

Il est certain qu'aujourd'hui avant d'en arriver à l'intervention chirurgicale, il faudrait avoir recours à la sérothérapie ; mais à cette époque, qui y songeait ?

Du traitement antiseptique des endométrites récentes. (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, 26 décembre 1889, troisième année, n° 52, p. 836.)

Des kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée de la paume de la main et de la pulpe des doigts. (Dans la *Revue de Chirurgie*, douzième année, n° 10, 10 octobre 1892, p. 874-885.)

L'étude de ces kystes est intéressante et date tout au plus d'une vingtaine d'années.

Je cite trois cas suivis de succès que j'ai eu l'occasion d'opérer à l'hôpital Bichat.

L'examen histologique a confirmé mon diagnostic. A cette occasion j'ai brièvement indiqué et le diagnostic et le traitement de ces kystes.

Quant à leur pathogénie, j'ai montré que ces kystes étaient dus à un traumatisme amenant une ou plusieurs éraillures de la peau et l'inclusion d'un fragment d'épiderme avec le plan papillaire du derme. L'épiderme continue à végéter, nourri par les vaisseaux de ses papilles, les cellules cornées qu'il forme s'amassent sous la

peau et déterminent un kyste par rétention, dont toute la surface interne se tapisse d'épithélium, par prolifération du fragment inclus.

Inversion utérine complète avec prolapsus, consécutive à la délivrance. Métrorragies abondantes mettant la vie de la malade en danger. Réduction de l'utérus. Guérison. (Dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. XL, Paris, août 1893, deuxième semestre, p. 94-102.)

Dans cette observation, au lieu de recourir d'emblée à l'intervention chirurgicale, je me suis borné à réduire cet organe après l'avoir désinfecté et massé soigneusement. La malade qui était presque mourante à son entrée à l'hôpital est sortie dans un état parfait.

De la forme couenneuse ou pseudo-membraneuse de l'infection puerpérale. (Dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, Paris, 1890, t. XXXIV, deuxième semestre, p. 35-51.)

Les streptocoques pyogènes sont les agents producteurs de cette forme maligne de septicémie. C'est ce que j'ai pu constater nettement sur des coupes utérines.

Les procédés dont nous disposons aujourd'hui pour éviter de pareils accidents infectieux dus à la malpropreté des mains, des instruments, ou des objets de pansement, ou aux érosions septiques de la vulve ou du col utérin, sont indiqués à la fin de ce travail.

Traitement chirurgical de la pleurésie purulente par la pleurotomie antiseptique sans lavages. (Publication du *Progrès médical*, 1891.)

J'ai voulu prouver que la méthode antiseptique sans lavages présente les avantages suivants : 1° Elle évite les douleurs et l'augmentation de la fièvre chez les malades. 2° Elle permet au foyer de se rétrécir beaucoup plus sûrement et plus vite, car les injections tendent à détruire les produits plastiques formés dans

la plèvre. D'un autre côté, la compression exercée par le pansement vient ajouter une chance de plus au prompt accolement des parois de la poche. 3° Elle évite les accidents de septicémie, en supprimant l'introduction journalière dans la cavité, d'un air plus ou moins imprégné de germes malfaisants. 4° Elle met à l'abri des intoxications produites par les antiseptiques, sous forme d'injections. 5° Elle supprime les chances de production de ces accès épileptiformes, toujours fort inquiétants, et souvent mortels, les accès d'éclampsie pleurétique occasionnés par les injections, les paralysies consécutives, et même la mort subite syncopale. 6° Enfin, la guérison est beaucoup plus prompte que par toutes les autres méthodes.

De la conduite du chirurgien dans les cas de plaie pénétrante de poitrine par arme blanche. En collaboration avec le Dr Joseph Huguet, médecin aide-major de 1re classe. (Dans la *Revue de chirurgie*, Paris, 10 janvier 1895, cinquième année, n° 1, p. 26-40.)

La conduite à tenir est l'immobilisation absolue du blessé et de ses organes pulmonaires.

C'est le traitement que nous avons cherché à faire prévaloir et qui a réussi absolument dans un cas remarquable communiqué par M. J.-L. Championnière. Au contraire, dans deux autres cas où la méthode ordinairement appliquée, c'est-à-dire le transport à distance, a été mise en usage, les blessés ont succombé rapidement.

Des mastites traumatiques de l'homme. En collaboration avec le Dr Joseph Huguet, médecin aide-major de 1re classe. (Dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 5 janvier 1895, n° 1, p. 5-10 et n° 2, 12 janvier, p. 16-20.)

Les symptômes de cette affection, qui n'avait jamais été l'objet d'une étude particulière, son anatomie pathologique, son étiologie et sa pathogénie, son diagnostic et son traitement sont l'objet de chapitres spéciaux. Au cours de cette étude de nombreuses observations sont insérées.

Cinq cas d'orteils en marteau opérés et guéris au moyen de l'ostéotomie cunéiforme. (Sous presse pour paraître dans la *Revue de chirurgie.*)

Il s'agit de cinq observations dans lesquelles l'opération de F. Terrier a produit cinq bons résultats.

Les malades que j'ai eu l'occasion d'opérer suivant cette méthode avaient été vus, pour la plupart, à la consultation chirurgicale de l'hôpital Bichat. Les résultats éloignés de cette intervention sont indiqués à la fin de ce travail.

Statistique des opérations pratiquées à la consultation externe de chirurgie de l'hôpital Bichat, pendant l'année 1891. (*Progrès médical*, n° 13, 26 mars 1892, p. 233 et tirage à part.)

Cette statistique a été publiée par le professeur F. Terrier. Il en est de même des suivantes :

Les malades vus à cette consultation, que je dirige sous le contrôle de mon maître, ont été au nombre de 10,549 pendant l'année 1891, et l'on a pratiqué 97 opérations, sans hospitaliser les opérés.

Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat, service de la consultation, pendant l'année 1892. (*Progrès médical*, n° 18, 6 mai 1893, p. 337.)

Les malades vus à cette consulation pendant l'année 1892, ont été de 10,578.

Le maximum des consultants a été de 1,217 en août et le minimum de 760 en février. La moyenne a été de 881 par mois. Sur ces 10,578 malades, qui sont venus, soit se faire panser, soit consulter, 252 ont subi de petites opérations qui n'ont pas entraîné leur hospitalisation.

Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat, service de la consultation, pendant l'année 1893. (In *Progrès médical*, 10 mars 1894, n° 10, p. 161 et tirage à part.)

12,105 malades ont été soignés à cette consultation.

Le maximum des consultants a été de 1,329 en août et le minimum de 794 en septembre.

La moyenne a été de 1,008 par mois.

Sur ces 12,105 malades, 358 ont subi des opérations n'entraînant pas leur immobilisation à l'hôpital.

Statistique des opérations pratiquées à la consultation chirurgicale de l'hôpital Bichat pendant l'année 1894. (In *Progrès médical*, Paris, 16 mars 1895, 3ᵉ série, t. 1, nᵒ 11, p. 161.)

Dans l'année 1894 le nombre des consultants et des opérés a encore augmenté.

Le maximum des consultants a été de 1,263 au mois d'octobre et le minimum de 1,012 en novembre.

La moyenne a été de 1,155 par mois. Elle était de 879 en 1891, de 881 en 1892 et de 1,008 en 1893.

Sur ces 13,864 malades, qui sont venus, soit se faire panser, soit consulter, 490 ont subi des opérations qui n'ont pas entraîné leur hospitalisation.

Contribution à l'étude de la tuberculose mammaire. En collaboration avec le Dʳ Gaudier, ancien chef de clinique chirurgicale de Lille. (Sous presse pour paraître dans la *Revue de chirurgie.*)

Dans ce travail nous avons ajouté trois cas nouveaux aux trente-neuf faits signalés jusqu'à présent dans la science. L'examen histologique et bactériologique scrupuleusement pratiqué dans nos trois observations ainsi que le résultat des inoculations aux animaux montre que le diagnostic porté était absolument indéniable.

COMMUNICATIONS

A LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Occlusion intestinale à marche chronique. Anus contre nature. Mort. A l'autopsie, triple torsion de l'intestin grêle. (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1885, soixantième année, 4e série, t. X, p. 496-500.)

Hydronéphrose suppurée du rein gauche. — Calcul du bassinet. — Néphrectomie transpéritonéale. — Guérison. (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, soixante-deuxième année, 1887, t. I, 5e série, p. 88-91.)

Fibrome lamelleux du mésentère. Perforation intestinale. Mort. (Dans les *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, soixante-troisième année, 5e série, t. II, janvier 1888, p. 74-78.)

Fibrome kystique de l'ovaire gauche. Guérison. (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1890, 5e série, t. IV, p. 403.)

Occlusion intestinale par torsion de l'anse oméga. Laparotomie. Mort par pneumonie hypostatique. (Dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, soixante-sixième année, 1891, 5e série, t. V, p. 68-71.)

Fibrome fasciculé périostique du tibia. Opération. Guérison. Présentation de la pièce à la Société anatomique le 15 février 1895. (Dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, soixante-dixième année, 5e série, t. IX, février 1895, n° 2, p. 102-105.)

PRÉSENTATION D'APPAREILS

Plan incliné portatif pour les opérations abdominales. (7e Congrès français de chirurgie, Paris, 1893, séance du 8 avril, p. 843.)

Cet appareil, aujourd'hui employé par la plupart des chirurgiens, permet de soulever fortement le bassin et de le maintenir très élevé par la suspension des malades à l'aide de leurs genoux fortement fixés à une des barres de cette sorte de chevalet. De cette façon, toute la masse intestinale abandonne le pelvis, se place sous le diaphragme, et le chirurgien n'étant plus gêné ni par l'intestin ni par l'épiploon, peut très facilement intervenir sur l'utérus, sur ses annexes, ainsi que sur la vessie, le rectum, etc.

Ce plan incliné a le mérite d'être facilement maniable, de pouvoir être placé sur la première table venue, d'être facile à nettoyer, de pouvoir se prêter à toutes les inclinaisons possibles sans aucune difficulté et enfin de servir, grâce à sa légèreté, à transporter les malades dans leur lit quand l'opération est terminée.

Table destinée à recevoir les objets nécessaires à l'anesthésie chloroformique. (*Progrès médical*, Paris, 2 mai 1891, dix-neuvième année, 2e série, t. XIII, n° 18, p. 373.)

Appareil pour le curettage de l'utérus. (M. Baudouin. *Guide médical de l'exposition universelle internationale de* 1889. Paris, p. 81.)

EVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY